Die Arzt-Patient-Beziehung

Dr. phil. Dr. med. Boris Wandruszka

Samstag, 16. Juni, 2018, Freiburg i.B.

I. Der ärztlich-therapeutische Situationskreis und seine Konstituierung

1. Anfrage, Begegnung und Interaktion: Anersuchen und Inanspruchnahmeverhalten des Patienten

2. Die Initiative geht vom Notleidenden und seiner Hilfsbedürftigkeit aus, d.h. die eigenen Ressourcen genügen nicht zur Leidbewältigung:
   Not, Ohnmacht („Passivität") als Behandlungsauftrag.

3. Not ist ein bestimmtes Leiden, das konstitutiv für das A-P-V ist.

3.1. Die drei Grundformen der Not „am Maß der Grenze":

- atraumatisches Bedrängnisleiden = überforderndes Grenzleiden: „unerträglich"

- traumatisches Beeinträchtigungsleiden: überfordernde Grenzverletzung, -überschreitung

- Zerrüttungs- und Vernichtungsleiden

(Demgegenüber steht das „normale", gerade noch aushaltbare, erträgliche Belastungsleiden: noch in der Verfügungsgewalt des Betroffenen und verletzt nicht.)

4. Anfrage, Zusage und Ermächtigung

5. Kompetenz, Anvertrauung und die Konstitution des „therapeutischen Gemeinschafts-Selbst"

6. Dadurch: Aufbau eines Arbeitsbündnisses: die Grundfigur von Not und Hilfe (V.v.Weizsäcker)

II. Die ärztliche Grundhaltung

1. Die Achtung des Pat. und seiner Not

2. Ärztliche Offenheit, ärztliches „Leid- und Heilungsinteresse"

3. Diagnosenstellung durch: Empathie, Expathie, therapeutische Analytik und Phantasie

4. Die verständnisvolle, kluge und geduldige Fürsorge (die „Du-Sinnigkeit") für den Pat.

5. Die rechte, immer kooperative, (teil-) transparente „Führung".

6. Therapie: tätiger, wohlwollender Hilfewille und der „rechte Eingriff" (die Intervention)

3.1. Grundformen der Intervention

3.1. Prophylaxe und Prävention, Vorbeugung und Verhinderung

3.2. Erhaltung bzw. Konservation

3.3. Restitution (Wiederherstellung, Heilung)

3.4. Förderung von Selbstheilungskräften

3.5. Förderung von Entwicklungspotentialen (Kinderheilkunde, Psychotherapie)

3.6. Konflikt- und Daseinsbewältigung

3.7. Nachsorge

3.8. Fort- und Weiterbildung

3.9. Sozialpolitische Repräsentation und heilkundlich-politisches Engagement

III. Grundhaltung des Patienten

1. Besorgnis, Verwirrung und Angst

2. Sorge und Überforderung

3. Nur partielle oder ohnmächtige Selbstfürsorge

4. Hilfe-Suche

IV. Die Status-Beziehungen im A-P-V und ihre speziellen Herausforderungen und Probleme

1. Transparenz und Intransparenz der A-P-S/A-P-B.

2. Ambivalenz der A-P-S und das therapeutische Dilemma

3. Machtverhältnisse im A-P-V

4. Übertragung, Gegenübertragung und Manipulation

V. Abschluss des ärztlich-therapeutischen Prozesses

1. Ziel aller Medizin und Therapeutik:
   Überflüssigwerden
   durch Wiederherstellung der Autonomie des P.

2. Durch Erreichung von „Selbst-Stimmigkeit" des Patienten durch die Gemeinschafts-Stimmigkeit des A-P-V und damit Aufhebung des Abhängigkeitsverhältnisses bzw. Rückumwandlung von Ohnmacht in Eigenmacht (Selbsthabe, Selbststeuerung, Selbstkontrolle)

3. Arzt/Therapeut
   als transitives Hilfs-Ich, Ergänzungs-Ich, Stütz-Ich zur Selbstheilung d. P.

Eröffnung der Diskussion